

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

indywidualnego turnusu rehabilitacyjno-leczniczego*/rehabilitacji ambulatoryjnej*/stacjonarnej*

W miejscu..... w terminie.....

* podkreśl właściwe

I. Dane personalne wnioskodawcy

1. Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Imię

3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Nr prawa wyk. zawodu

5. Tel. Kontaktowy prywatny

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adres e-mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Adres zamieszkania

1. Województwo

2. Miejscowość

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Kod pocztowy

4. Poczta

		-																	
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Ulica

6. Nr domu / mieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III. Aktualne miejsce zatrudnienia

1. Nazwa i adres zakładu pracy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Oddział/Komórka organizacyjna

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego wnioskodawcy:

Urząd Skarbowy.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

WYPEŁNIA PRACODAWCA/KSIĘGOWOŚĆ

1. Pan/Pani.....

zatrudniona w

regularnie-miesięcznie odprowadza składkę członkowską zgodnie z obowiązującymi przepisami

od dnia

(Nie wypełniają podmioty, które przysyłają do OIPIP w Radomiu imienne wykazy składek)

pieczęć i podpis osoby upoważnionej

- 1) imienna faktura na pełny koszt dopłaty do turnusu reh. – leczniczego (100 %)
- 2) oświadczenie w przypadku choroby onkologicznej,
- 3) potwierdzenie odprowadzania składki członkowskiej na rzecz ORPiP w Radomiu, gdy członek samorządu odprowadza ją samodzielnie

LP.	OKRES ZATRUDNIENIA	MIEJSCE ZATRUDNIENIA: podmiot zatrudniający/placówka/oddział
1.		
2.		
3.		
4.		

1. Znam regulamin przyznawania skierowania na turnus rehabilitacyjno-leczniczy
2. Zostałam poinformowana o konieczności rozliczenia kwoty dofinansowania w rocznym rozliczeniu podatkowym – PIT.

[illegible]

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych na potrzeby Komisji Kwalifikacyjnej

czytelny podpis wnioskodawcy

data

Podpisy członków komisji kwalifikacyjnej